FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1878 — **THÈSE** — N° 253

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 1er juillet, à 1 heure.

PAR ANTOINE BELLAT,
Né à Ribérac (Dordogne), le 13 octobre 1849.
Ancien interne des asiles de la Seine.

DU

PHLEGMON SPONTANÉ
DE LA PAROTIDE

Président : M. TRELAT, *professeur.*

Juges : MM. { PARROT, *professeur.*
M. TERRIER, GRANCHER, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.
31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31.
1878

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

Doyen	M. VULPIAN.
Professeurs	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BECLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	CHAUFFARD.
Pathologie médicale	JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale	TRÉLAT. GUYON.
Anatomie pathologique	CHARCOT.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	GUBLER.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	PARROT.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SEE (G.). LASÈGUE. HARDY. POTAIN.
Clinique de pathologie mentale et des maladie de l'encéphale	BALL.
linique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. BROCA. VERNEUIL.
linique d'accouchements	DEPAUL.

DOYEN HONORAIRE : M. WURTZ

Professeurs honnoraires :

MM. BOUILLAUD, le baron J, CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
B. ANGER.	CHANTREUIL.	FERNET.	MARCHAND.
BERGER.	CHARPENTIER.	GAY.	MONOD.
G. BERGERON.	DELENS.	GRANCHER.	OLLIVIER.
BOUCHARD.	DIEULAFOY,	HAYEM	POZZI.
COUCHARDAT.	DUGUET.	DE LANESSAN.	RIGAL.
BOURGOIN.	DUVAL.	LANCEREAUX.	TERRIER.
BADIAT.	FARABEUF.	LEGROUX.	

Agrégés libres chargés des cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau	MM. N.
— des maladies des enfants	N.
— d'ophthalmologie	N.
— des maladies des voies urinaires	N.
— des maladies syphilitiques	N.
Chef des travaux anatomiques	Marc SÉE.

Secrétaire de la Faculté : A. PINET.

Par délibration en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises et les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

LIBRARY
General Collections
P
972
22503055074

A LA MÉMOIRE

DE MON GRAND-PERE ET DE MA GRAND-MÈRE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. TRELAT

Professeur à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital de la Charité,
Membre de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A M. LE DOCTEUR BILLOD

Médecin en chef,
Directeur de l'asile de Vaucluse (Seine-et-Oise),
Officier de la Légion d'honneur.

A M. LE DOCTEUR DAGONET

Ancien agrégé de la Faculté de Strasbourg,
Médecin en chef de la division des hommes à l'asile Sainte-Anne (Paris).

A M. LE DOCTEUR PEYROT

Prosecteur, chirurgien des hôpiteaux.

DU

PHLEGMON SPONTANÉ

DE LA PAROTIDE

INTRODUCTION.

On ne décrit guère, en fait de parotidites, que des inflammations survenant à la suite de maladies graves, et principalement sur leur déclin. La plupart des auteurs ou bien ne consacrent que quelques mots à la parotidite spontanée, ou même en nient l'existence. Il nous semble pourtant que cette affection, quoique rare, n'en existe pas moins, et qu'elle présente dans sa nature des caractères particuliers qui permettent de la distinguer de la parotidite secondaire.

Nous étudierons donc sous le nom de phlegmon spontané de la parotide l'inflammation de la parotide à des degrés variables, primitive, essentielle, considérée abstraction faite de toute autre lésion.

HISTORIQUE.

Les parotidites secondaires seules étaient connues des auteurs anciens. Hippocrate en parle longuement dans certaines observations. Il insiste particulièrement sur la valeur pronostique grave que présentait la maladie dans certains cas. C'est lui qui a divisé les parotidites en critiques et symptomatiques. Les premières témoignaient d'une violence excessive de la matière morbifique ; elles étaient funestes. Les secondes, au contraire, étaient le plus souvent favorables (1). Depuis cette époque jusqu'au XVIe siècle on ne trouve plus de traces de la parotide.

A. Paré dit que « la parotide est une tumeur contre nature occupant les glandules et parties d'autour qui sont sous les oreilles (2). »

Forestus dit que le printemps de 1567 offrit des fièvres pestilentielles accompagnées de parotides.

Rivière a laissé la description d'une épidémie de parotides qui sévit à Montpellier en 1623, et qu'il intitule : *Febris maligna cum parotibus* (3).

Dès le commencement du XVIIIe siècle, les travaux sur les parotides deviennent plus nombreux et plus étendus. En 1702, Rivolti publie à Vienne ses dissertations sur les parotides. Thomas Laghi, Husham, Morgagni, etc., etc., publièrent des ouvrages sur cette

(1) Hippocrate. Predict., liv. I, Epidémies.
(2) A. Paré. T. I, p. 379, édit. Malgaigne.
(3) Riveri opera. Centuria I, obs. XLIII.

matière. Van Swieten (1) donna aussi le nom de parotides à l'inflammation ou à la tuméfaction de la parotide et du tissu cellulaire ambiant, suivie ou non de suppuration, que l'on voit survenir comme affection secondaire dans le cours ou au déclin de certaines maladies

Il faut arriver jusqu'aux auteurs du *Compendium de chirurgie* pour voir traiter la question au point de vue où nous nous plaçons. En effet, parlant de la parotide, ils disent (2) : « Enfin, on l'a vue survenir d'emblée, c'est-à-dire sans fièvre antécédente. Les cas de ce genre sont assez rares, et nous les appellerons parotidites spontanées. »

Mais cette nouvelle manière de voir ne fut pas généralement acceptée. Cruveilhier nous dit (3) : « Je n'ai observé de parotidite suppurée que dans les périodes les plus avancées des maladies aiguës et chroniques, et j'ignore s'il en existe un seul exemple sans lésion organique antérieure. »

Plus tard, M. N. Gueneau de Mussy, qui a publié dans la *Gazette hebdomadaire*, en 1868, un article sur la parotidite secondaire en la désignant sous le nom de phlegmon parotidien, dit qu'il ne connaît pas une seule observation où le phlegmon ait paru d'emblée.

Les observations que nous relatons plus loin nous permettent de ne pas partager l'opinion de MM. Cruveilhier et Gueneau de Mussy. Nous dirons donc, avec les auteurs du *Compendium de chirurgie*, et nous espé-

(1) T. I.

(2) Compendium de chirurgie, t. III, p. 783.

(3) Cruveilhier. Anatomie pathologique du corps humain, planche V.

rons le démontrer dans ce travail, que si le phlegmon spontané de la parotide est rare, il nous paraît du moins difficile d'en nier l'existence.

ANATOMIE.

Nous allons rappeler rapidement quelques points de l'anatomie de la région parotidienne.

Elle est limitée en avant par la branche de la mâchoire, en arrière par l'apophyse mastoïde et le sterno-cléido-mastoïdien, en haut par la paroi inférieure du conduit auditif et l'articulation temporo-maxillaire. La parotide est contenue dans une large cavité dont l'ouverture est ovalaire et va en se rétrécissant obliquement du côté du pharynx. La forme de cette loge est à peu près celle d'un prisme triangulaire dont la base correspond à la peau et le sommet au pharynx.

Cette loge varie de capacité, dit M. Sappey (1). Elle diminue un peu lorsque la mâchoire inférieure s'abaisse, et augmente, au contraire, lorsque cet os glisse horizontalement d'arrière en avant. Dans le premier cas, la parotide paraît être légèrement poussée en dehors ; dans le second, elle semble se déprimer un peu à sa surface externe ou cutanée.

La parotide est sillonnée par plusieurs artères dont quelques-unes sont très-volumineuses. La principale est la carotide externe. Au-devant de l'aponévrose passent la veine jugulaire et des rameaux importants du plexus cervical. Elle est traversée par le tronc du

(1) Sappey. Anatomie, t. III, p. 63.

facial, qui « dans le milieu même de son trajet parotidien se divise en deux branches principales, l'une cervico-faciale, qui affecte une marche descendante, l'autre temporo-faciale, qui se porte en haut vers la région temporale (1). »

La parotide est enfermée dans une enveloppe fibreuse résistante, surtout en dehors. Cette enveloppe ne s'entoure pas d'une manière complète : « On n'en trouve aucun vestige, dit M. Sappey, au niveau des portions cartilagineuses et osseuses du conduit auditif, auquel la glande n'adhère que par un tissu cellulaire peu serré; de sorte qu'un abcès intra-parotidien peut facilement fuser vers le conduit auditif externe (2). »

Les dispositions anatomiques que nous venons d'indiquer sont importantes à connaître pour comprendre les accidents qui peuvent survenir dans le cours d'un flegmon spontané de la parotide.

ÉTIOLOGIE.

Nous ne dirons que peu de mots sur cette question, encore entourée de la plus grande obscurité. Nous diviserons les causes en générales et occasionnelles. Parmi les premières, nous citerons l'âge et le sexe. L'âge nous parait avoir bien peu d'importance, cependant on peut dire que les personnes jeunes sont plus prédisposées que les personnes âgées. Quant au sexe, nous ne pouvons rien conclure d'après les observations que nous rapportons.

(1) Richet. Anat. chirurg., p. 131.
(2) Sappey. Anatomie descript., t. III, p. 6

Les causes occasionnelles ne nous sont pas beaucoup plus connues que les précédentes. Comme influences physiques, nous ne pouvons noter que l'impression du froid (obs. IV, V).

On verra à la lecture de nos observations qu'à part l'impression du froid on n'a jamais pu constater d'autres causes.

SYMPTOMATOLOGIE.

Que le phlegmon parotidien soit secondaire ou spontané, les symptômes initiaux sont à peu près les mêmes, ils ne diffèrent que par plus ou moins d'intensité.

La maladie débute par une douleur vive au niveau de la région parotidienne ; elle s'irradie dans tout le côté de la tête ; mais en général le maximum siége au niveau de l'oreille (obs. I). La région parotidienne présente un gonflement assez marqué. A ce moment la couleur de la peau est normale. Le malade éprouve du malaise. L'appétit est nul. Bientôt des frissons et la fièvre s'ajoutent à ces symptômes. Le gonflement peut gagner sur la joue et aussi vers la partie supérieure du cou, autour de l'angle de la mâchoire, et peut même s'étendre jusque vers le cou et les paupières (obs. I), quelquefois il reste circonscrit, ne dépassant pas l'angle de la mâchoire. Deux ou trois jours après on observe un empâtement élastique de la tumeur avec une légère rougeur des téguments. A ce moment le malade éprouve quelquefois des souffrances intolérables et pousse des cris plaintifs arrachés par la violence des

douleurs (obs. IV). L'insomnie est presque absolue. Le moindre mouvement de la mâchoire ou du pharynx devient très-douloureux. En effet, la parotide, augmentée de volume, se trouve, comme nous l'avons vu plus haut, dans une cavité qui diminue de capacité quand le malade abaisse la mâchoire. Il en résulte une compression qui ne fait qu'augmenter la douleur. La soif est très-vive et ne peut être satisfaite qu'au prix de souffrances excessives, car le malade n'avale qu'avec une extrême difficulté. Puis arrive la période de suppuration, comme nous l'avons vu en faisant l'anatomie de la région ; la glande est bridée dans sa loge par une aponévrose résistante et traversée par des vaisseaux et des nerfs importants. Aussi quand la suppuration se fait au-dessous de l'aponévrose, « celle-ci met obstacle à la libre expansion des parties enflammées, et il peut en résulter un certain nombre de phénomènes graves (1), phénomènes d'étranglement qu'on observe dans toutes les suppurations sous-aponévrotiques.

C'est alors que la région parotidienne est le siége de donleurs violentes, présentant la forme de battements insupportables, s'irradiant à la tempe et au cou, et s'accompagnant d'agitation, d'insomnie, quelquefois même de délire (obs. III).

Gêné dans son développement, le gonflement tend à se porter vers le pharynx dont on peut constater la saillie ; si l'on arrive à pouvoir faire ouvrir la bouche du malade, cette saillie augmente les difficultés de la

(1) Nélaton. Path., t. II

respiration (obs. III). Le moindre attouchement provoque les plus vives douleurs. La peau devient très-rouge, et on peut à ce moment percevoir de la fluctuation.

Dans certain cas, dit M. Piorry, (1) le gonflement est plutôt œdémateux qu'inflammatoire, il y a absence de douleur : ou bien si la douleur existe, elle est profonde, se traduisant principalement par une sensation de gêne, de tiraillement quand le malade abaisse la mâchoire ; nous croyons que ces symptômes doivent se rapporter surtout à la parotidite secondaire.

DIAGNOSTIC.

Le phlegmon spontané de la parotide, ne peut-être confondu avec la parotidite secondaire à cause de son étiologie même. Nous lisons dans le Dictionnaire abrégé des sciences médicales. « Si le gonflement de la parotide arrive comme complication ou comme suite dans le cours d'une épidémie de phlegmasies des principaux viscères, surtout ceux de l'abdomen, on lui donne le nom de parotidite. »

La confusion avec les oreillons n'est pas possible non plus ; car nous savons que les oreillons constituent une maladie contagieuse, épidémique, dont (2) le gonflement de la parotide est la principale manifestation, mais qui peut envahir aussi d'autres organes sécréteurs, tels que les testitules et les mamelles, etc.

(1) Piorry. Traité de médecine pratique, t. V.

(2) Gueneau de Mussy, Etudes cliniques sur le phlegmon parotidien.

De plus les oreillons ont les plus grandes analogies avec les fièvres éruptives, et M. Gueneau de Muny a constaté la « coexistence d'un état congestif, avec tuméfaction de la muqueuse buccale, plus accusée vers les dernières molaires, vers la face interne des joues, autour de l'orifice du canal de Sténon, dans la partie antérieur de la voûte palatine, qui lui a paru constituer un véritable exanthème et être sur le système tégumentaire la manifestation de cette maladie (1). »

Le Dictionnaire abrégé des sciences médicales dit que, toutes les fois qu'un gonflement de la parotide arrive sans complications sur un certain nombre de sujets, placés au milieu d'un plus grand nombre affectés de bronchite, péripneumonie, de gastro-enterites, dites catarrhales, ou que cette affection règne seule et dans un lieu déterminé, on lui donne le nom d'oreillons.

De plus, la suppuration est très-rare dans les oreillons. Certains cas d'oreillons, d'après Dionis de Séjour (2), se seraient bien terminés par suppuration, mais ce sont là des faits très-rares, comme le fait remarquer M. Bergeron (3) dans son rapport à l'Académie de médecine sur les épidémies de 1865. Les oreillons sont en général doubles, le phlegmon de la parotide étant toujours unilatéral. La douleur est moins vive, la peau ne change pas de couleur.

Les caractères cliniques des oreillons sont donc bien

(1) Gueneau de Mussy. Loc. cit.

(1) Cours d'opération en chirurgie, 3e édit., 1736.

(2) Bergeron. Rapport sur les épidémies en 1865, t. XVIII, vol. des Mémoires de l'Académie de médecine.

tranchés, et on voit qu'il ne peut y avoir de confusion possible.

Quant au diagnostic différentiel entre l'inflammation phlegmoneuse, sous-cutanée ou extra-parotidienne et l'inflammation parotidienne proprement dite, nous dirons avec les auteurs du Compendium de chirurgie qu'il est difficile d'en indiquer les bases.

Dans la plupart des faits la différence n'a pas été saisie.

MARCHE. — TERMINAISON.

Le phlegmon spontané de la parotide débute quelquefois sans symptômes précurseurs. Une douleur vive se fait sentir au niveau de la région parotidienne (obs. I, IV, V.), et immédiatement ou seulement un ou deux jours après apparaissent les symptômes signalés dans un chapitre précédent.

D'autres fois l'invasion de la maladie est précédée de malaise général, de lassitude, et des signes qui annoncent ordinairement les maladies aiguës (obs. II, III, VI, VII). Dans ce dernier cas, cet état peut durer quelques jours jusqu'au moment où la tuméfaction parotidienne vient éclairer le diagnostic.

Nous venons de voir en exposant les symptômes de la maladie que le gonflement inflammatoire ne reste pas toujours stationnaire, et qu'il acquiert parfois des proportions considérables jusqu'au point de gêner des fonctions de premier ordre, telles que la déglutition, la mastication, la respiration et même la circulation cérébrale. C'est dans les cas de ce genre qu'il y a lieu

de redouter des accidents du côté des centres nerveux ; mais là ne se bornent pas les accidents consécutifs à l'inflammation de la parotide ; il en est d'autres qui accompagnent, dans certains cas, la phlegmasie arrivée à la période de suppuration, accidents occasionnés par le séjour prolongé du pus dans la glande et par son travail migrateur.

En effet, la suppuration une fois formée se fait rarement jour, directement au dehors, mais souvent (obs. I, II, III, IV) l'abcès sans entraîner aucune modification dans la marche de la maladie va s'ouvrir dans le conduit auditif externe, soit que le pus éraille le tissu cellulo-fibreux, qui unit au rocher le cartilage du conduit auditif, soit qu'il pénètre par les fissures de Santorini.

Il peut arriver aussi que l'écoulement du pus se fasse par l'oreille avant le gonflement extérieur de la région parotidienne, comme nous le verrons chez le malade qui fait le sujet de l'observation VII. Il est plus que probable, disent les auteurs du Compendium de chirurgie, que ces accidents tiennent au développement de la phlegmasie dans les couches profondes ou internes de la parotide, au niveau desquelles l'expansion est empêchée par les couches extérieures restées saines, et par les parties osseuses qui limitent la région parotidienne.

Le pus peut aussi prendre une autre direction, fuser vers le pharynx, vers le sterno-cléido-mastoïdien (obs. IV), ou descendre dans le creux sus-claviculaire (obs. III).

Enfin, dit Nélaton (1), si la collection purulente n'est pas vidée d'assez bonne heure, la glande elle-même peut se trouver complètement détruite, et il en résulte une paralysie incurable des muscles de la face du même côté. On comprendra ce fâcheux résultat, si l'on se rappelle que le nerf facial se trouvant au milieu de la glande participe nécessairement à sa destruction.

Enfin la simple stagnation du pus dans le parenchyme de la glande détermine quelquefois de la gangrène, comme nous le verrons dans l'observation II.

Nous voyons donc que le phlegmon spontané de la parotide ne se termine jamais par résolution.

PRONOSTIC

Tandis que l'apparition d'une parotidite dans le cours d'une fièvre grave est presque toujours l'avant-coureur d'une fin prochaine, le pronostic du phlegmon spontané de la parotide ne présente pas à beaucoup près la même gravité. Nous croyons que cette différence, à l'avantage du phlegmon spontané, est due à ce que le malade se trouve dans de meilleures conditions au point de vue général, pour résister, soit à la violence des accidents nerveux soit à l'abondance de la suppuration, et cette différence est pour nous un argument qui nous sert à démontrer que nous pouvons avoir affaire à deux affections parfaitement distinctes.

Dans le phlegmon spontané, le plus souvent les

(1) Nélaton. Path. ext., t. II, p. 71 .

symptômes, tant locaux que généraux parfaitement exprimés, éveillent de bonne heure l'attention du médecin, et l'intervention immédiate fait que le pus accumulé dans le foyer, n'a pas le temps de causer des désordres considérables et l'on peut dire que généralement, si la maladie a été reconnue assez tôt, et qu'une incision pratiquée en temps et lieu convenables, permette au pus de s'écouler facilement, on obtiendra rapidement la guérison. Mais l'abondance de la suppuration, les désordres occasionnés par la migration du pus sont toutes causes d'adynamie, et ne font qu'aggraver le pronostic (obs. III).

TRAITEMENT.

Lorsque l'inflammation de la parotide est franchement caractérisée, il est toujours bon de recourir dès le début, à des applications émollientes, aux cataplasmes de fécule de pomme de terre, de graines de lin ; onctions mercurielles ; mais on verra souvent ces moyens ne pas réussir et la maladie parcourir toutes ses phases et arriver à la suppuration.

Quant à l'intervention chirurgicale, presque tous les auteurs sont d'accord pour déclarer qu'il faut qu'elle soit hâtive. Nélaton (1) en parlant des complications qui peuvent survenir par suite de l'étranglement de la glande, dit qu'il faut pratiquer de bonne heure l'ouverture du phlegmon. Si celui-ci a déjà intéressé la glande, il faut faire une très-large incision, afin de fa-

(1) Nélaton. Traité de pathologie, t. II, p. 715.

ciliter l'écoulement du sang et du pus qui se trouvent accumulés sous l'enveloppe fibreuse.

J.-L. Petit (1) conseille de faire une très-large ouverture et d'y comprendre les téguments ainsi que la membrane qui recouvre immédiatement la glande; seulement, le bistouri ne doit jamais pénétrer dans le parenchyme glandulaire, à cause du danger qu'il y aurait à couper le canal salivaire. Certainement la méthode des incisions hâtives donne d'excellents résultats, mais encore faut-il constater un certain degré d'élasticité de la tumeur, qui vous donne le droit de penser qu'il y a un commencement de collection purulente.

L'intervention trop hâtive est inopportune. Nous voyons dans notre observation II l'intervention chirurgicale avoir lieu, avant qu'on ait pu sentir la moindre fluctuation. Aussi le résultat obtenu a-t-il été à peu près nul.

Il ne faut pas non plus attendre trop longtemps, et nous pouvons nous demander si l'expectation trop prolongée n'a pas eu d'influence sur le développement des phénomènes graves qu'a présentés le malade qui fait l'objet de notre dernière observation.

Dans le cas où on aurait, après l'ouverture du phlegmon, une large cavité laissée par les parties éliminées, nous pensons qu'on favoriserait la cicatrisation, en faisant la compression au moyen d'un bandage ouaté (obs. I).

(1) J.-L. Petit. Œuvres complètes, des tumeurs appelées parotides.

CONCLUSIONS.

De l'étude des observations rapportées dans notre travail, nous croyons pouvoir déduire les conclusions suivantes.

Le phlegmon spontané de la parotide présente dans sa nature des caractères particuliers qui permettent de ne pas le confondre avec la parotidite secondaire.

La marche du phlegmon spontané est franche. Le plus souvent, les symptômes tant locaux que généraux sont parfaitement accusés. Son développement est toujours rapide.

Le pronostic du phlegmon spontané est moins grave que celui des parotidites secondaires, à cause des conditions pathologiques préalables.

L'intervention chirurgicale hâtive ne doit avoir lieu que si le malade présente des symptômes alarmants, dus soit à la compression des vaisseaux et des nerfs qui traversent la glande, soit au gonflement qui tend à se porter vers le pharynx et à augmenter ainsi les difficultés de la respiration.

OBSERVATIONS.

Observation I.

(Observation recueillie et communiquée par M. le Dr Peyrot.)

E. D..., créole anglaise, 15 ans et demi, d'un tempérament un peu lymphatique, est prise, en pleine santé, le 10 mars 1877, d'une vive douleur dans la tempe droite.

11 mars. Au matin, cette douleur est devenue beaucoup plus forte. Elle s'irradie dans tout le côté droit de la tête, mais son maximum siége au niveau de l'oreille. La région parotidienne présente un gonflement très-notable qui s'étend vers la joue dans tous les points correspondant à la glande, à peu près. La couleur de la peau est normale. Le moindre attouchement provoque de vives douleurs. Fièvre assez intense. On pourrait penser, si l'affection n'était pas manifestement bornée à un seul côté, à une attaque d'oreillons. Cataplasmes laudanisés ; bains de pieds.

Le 12. La petite malade a été agitée, insomnie presque absolue. Langue très-blanche, pouls 116. Le gonflement a gagné vers la joue et aussi vers la partie supérieure du cou autour de l'angle de la mâchoire. C'est un gonflement uniformément dur, sans rougeur à la peau bien manifeste.

La malade ne peut ouvrir la bouche ; on lui donne bouillon, potage, œufs.

Le 13. La malade est plus mal. Le pouls est à 124. Le gonflement est énorme : il a gagné toute la joue et s'étend aux deux paupières que la malade ne peut ouvrir. Vers le cou, il descend très-bas aussi, et il est remarquablement dur. Les mouvements de la mâchoire sont impossibles. Il y a eu quelques petits frissons dans la matinée. La peau est légèrement rouge; la malade ne délire point. Elle respire facilement. On se contente d'appliquer encore de larges cataplasmes sur la pertie malade.

Le 14. Il semble qu'il y ait un peu de détente. La petite malade a encore quelques frissons légers. Elle n'a presque pas dormi, le pouls est toujours à 124. Cependant les paupières sont un peu moins gonflées. La peau au niveau de la région parotidienne est franchement rouge, mais dans une assez petite étendue. On perçoit dans ce point la sensation d'un empâtement profond succédant au gonflement très-dur des jours précédents. Le conduit auditif livre passage à une abondante sécrétion cérumineuse jaune et visqueuse qui tache le linge des cataplasmes.

Le 15. La fluctuation fait constater nettement l'existence d'une collection purulente sous-cutanée dans la région parotidienne; une incision de deux à trois centimètres partant du lobule de l'oreille, parallèle au bord postérieur de la branche montante de la mâchoire, donne issue à une grande quantité de pus. On continue les cataplasmes.

Le 16. Le gonflement de la face et du cou a disparu presque complètement. Il s'écoule toujours une grande quantité de pus par la plaie. On a cru constater à la visite qu'il en venait un peu par le conduit auditif. L'état général est très-bon. Pouls, 90.

Le 17. La suppuration est toujours très-abondante. Elle s'est fait jour dans le conduit auditif, le fait est bien certain.

Le 18. En changeant le cataplasme du matin on a vu sortir un paquet de membranes blanchâtres, du volume d'une amande, dont l'issue a dû être facilitée par quelques pressions. Malheureusement les lambeaux sphacélés ont été jetés avant mon arrivée. Il est sorti du pus par l'oreille en grande abondance.

Le 19. Tout gonflement a maintenant disparu, la suppuration est beaucoup moindre. Elle se fait jour par le conduit auditif tout autant que par l'incision.

La suppuration a complètement cessé au bout de deux ou trois jours. Il ne sort plus rien par l'oreille. On note au niveau de la plaie l'issue d'une sérosité claire et comme gommeuse. La plaie tendait à se cicatriser, mais la sérosité qui s'accumulait derrière la cicatrice, dans la cavité assez vaste laissée par les parties éliminées, faisait bomber celle-ci et lui donnait un aspect œdémateux caractéristique. On prit le parti de pratiquer la compression sur la région au moyen d'un bandage ouaté soigneusement appliqué et renouvelé tous les jours. On touchait en même temps les bourgeons charnus de la petite plaie avec le nitrate d'argent.

La guérison complète fut obtenue par ce moyen en une douzaine de jours. La petite malade n'a conservé comme trace de la maladie qu'une cicatrice de 1 centimètre 1/2, absolument linéaire et presque invisible, immédiatement placée au-dessous du lobule de l'oreille.

Pendant longtemps la peau, fort amincie au niveau de l'apophyse mastoïde, a conservé une teinte violette qui a fini par disparaître.

Observation II.

(Recueillie et commnniquée par M. le Dr Peyro...

T... (Auguste), 18 ans, garçon marchand de vins, né à Paris, entré le 21 avril 1870 à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. Labbé, salle Saint-Christophe, n° 13.

Ce jeune homme, qui est habituellement d'une bonne santé, était malade depuis trois jours, il avait alors commencé à ressentir de la douleur au-devant de l'oreille, il ne souffrait pas des dents et n'avait pas d'angine.

Il continua à travailler, mais comme la douleur augmentait et que la joue devenait en même temps le siége d'un gonflement croissant, il se décida à entrer à l'hôpital.

22 avril. Le gonflement est surtout limité à la région parotidienne ; la peau y est d'un rouge très-vif. Cette coloration morbide s'étend à la moitié de la joue et dépasse de 2 à 3 centimètres l'angle de la mâchoire ; le bord du sterno-mastoïdien la limite en arrière.

Sensation de rénitence ; pas de fluctuation. La fièvre est assez vive. 36 pulsations. Céphalalgie; anorexie. La langue est bonne. M. Labbé pratique une ponction au-dessus de l'angle de la mâchoire. Il ne s'écoule que du sang. Cataplasmes; onguent napolitain.

Le 23. La tuméfaction a augmenté sans s'étendre notablement. Même état général qu'hier. Une incision est pratiquée dans la parotide le long de la branche montante de la mâchoire inférieure. C'est surtout du sang qui s'écoule. Cependant, sur le tissu coupé, se détachent çà et là de petites masses de pus qu'on fait sourdre par des pressions exercées sur les bords de la plaie.

Cataplasmes, onguent mercuriel, pressions.

Le 24. Le gonflement et la rougeur sont restés stationnaires. Les pressions font sortir de la plaie une plus grande quantité de pus infiltré. La fièvre a diminué.

Cataplasmes, onguent mercuriel, pressions.

Le 25. La tuméfaction s'est accentuée, en haut, au-dessous du lobule de l'oreille jusqu'au sommet de l'apophyse mastoïde. Une incision horizontale est pratiquée de ce point jusqu'à la première incision. Ce ne sont plus seulement les pressions exercées sur les bords de la plaie qui font sourdre le pus, mais encore celles qui sont pratiquées à la partie supérieure de la joue au-dessous de l'apophyse zygomatique, qui en ramènent également quelques gouttes.

La fièvre est modérée; l'anorexie complète, pas de délire.

Le 26. Le pus s'écoule en quantité notable par le conduit auditif externe. Rien de particulier ni dans la plaie, ni dans l'état général. Même traitement.

Le 27. Même écoulement de pus par l'oreille. On continue les pressions autour de la plaie. Même traitement.

Le 28. Il s'écoule moins de pus par la plaie, mais toujours autant par l'oreille. La tuméfaction s'est notablement affaissée. La fièvre a disparu ; l'appétit revient.

Le 29. Le mieux se continue.

Le 30. La plaie ne donne presque point de pus et commence à bourgeonner. Il sort également beaucoup de pus par l'oreille. La tuméfaction diminue. L'état général est bon.

Dans les premiers jours de mai, l'état général devient toujours meilleur, il sort toujours du pus par l'oreille et à la pression par les surfaces de section.

Tous les cinq ou six jours, jusqu'au 18 mai, il survient des rougeurs érysipélateuses au voisinage de la plaie avec gonflement et œdème des paupières. Une purgation semble chaque fois arrêter ces poussées inflammatoires.

20 mai. La cicatrisation se fait vigoureusement sur les bords.

Le 25. Les incisions sont aux trois quarts cicatrisées et l'état général est toujours excellent.

Il sort complètement guéri le 1er juin 1870.

OBSERVATION III.

(Empruntée à la thèse de M. Malfilatre, 1864.)

Le 6 janvier 1864, une femme de 49 ans, couturière, d'une bonne constitution, ayant toujours joui d'une bonne santé jusque-là, entre salle Sainte-Anne, n° 12, à l'hôpital de la Charité.

A son entrée dans la salle, elle n'accuse qu'un malaise général.

Le 7. Même état, plus un peu de douleur d'oreille.

Le 8. Deux petites tumeurs apparaissent, l'une à la région parotidienne, l'autre à la sous-maxillaire.

Le 9. La tuméfaction avait envahi tout le côté gauche de la face.

Du 9 au 18. Les choses vont toujours en empirant, la face est devenue pâle, les lèvres décolorées. Tuméfaction énorme de tout le côté gauche de la face et de la région supérieure du cou. La tumeur est douloureuse. La percussion dénote un peu de sonorité et d'élasticité. A l'exploration de la bouche on voit sortir une goutte de pus du canal de Sténon.

Respiration rendue difficile par la tuméfaction des parties susnommées. L'appareil auditif n'offre rien d'anormal. Pouls à 80°.

M. Piorry prescrit une saignée de 300 grammes, des cataplasmes laudanisés sur la partie malade, et fait exercer des pressions douces avec la main sur la région parotidienne pour favoriser la sortie du pus par le canal de Sténon.

Le 19. Le sang tiré la veille offre un caillot forte-

ment rétracté et recouvert d'une couenne épaisse. L'état local n'est pas modifié, 20 sangsues.

Pendant les deux jours suivants, le pus s'amasse dans la région parotidienne.

Le 23. Le plessimétrisme et la fluctuation annoncent qu'un foyer purulent s'y est établi.

Le 25. Le pus étant devenu tout à fait sous-cutané, on pratique deux incisions qui donnent issue à une assez grande quantité d'un pus épais et concret. Autour de ce foyer, la peau est décollée dans une certaine étendue. Injection d'eau tiède comme lavage, puis de teinture d'iode comme modificatrice. Dès ce soir même, frissons prolongés, la fièvre augmente.

Le 26. Même état, plus un peu de délire. La malade va toujours de mal en pis, jusqu'au 29, 4 heures du soir, que la mort arrive.

L'autopsie ne donne aucun renseignement sur l'étiologie de l'état pathologique de la parotide. On n'y distingue rien. On trouve la région sus-claviculaire envahie par le pus.

Observation IV.

Empruntée à M. Gueneau de Mussy.
(Gazette hebdomadaire, 1868.)

Madame X..., âgée de 54 ans, a cessé d'être réglée depuis plusieurs années. Elle a des goutteux parmi ses ascendants : elle est sujette à de la dyspepsie et à des névralgies sous forme de céphalée opiniâtre avec vomissements durant un à trois septénaires. Les accès de céphalée reviennent assez périodiquement au prin-

temps, c'est-à-dire dans une des saisons où la goutte fait le plus souvent sentir ses attaques, caractère que j'ai observé dans les névropathies et autres affections d'origine arthritique. Les amers, l'hygiène avaient modifié l'état gastrique ; le bromure de potassium avait amoindri et abrégé les attaques de céphalée vernale qui alternait parfois avec une névralgie intercostale du côté gauche. Cependant madame X... restait faible et nerveuse, quand au printemps de 1866 elle fut dans une soirée exposée à un courant d'air. Elle en sentit l'impression sur la joue droite et éprouva immédiatement après une douleur qui augmenta pendant la nuit. Bientôt des frissons, de la fièvre s'y ajoutèrent, les souffrances devinrent intolérables, et quand vingt-quatre heures après madame X... me fit appeler, je constatai une tuméfaction et une tension énorme de la région parotidienne. La malade était dans un état de jactitation continuelle, elle poussait des cris plaintifs arrachés par la violence des douleurs. L'appétit était nul. Reconnaissant dès lors un phlegmon parotidien, je fis faire des onctions avec une pommade calmante, des applications de cataplasmes. et je prescrivis un purgatif. La malade n'en éprouva qu'un médiocre soulagement, et dès le troisième jour on observait un empâtement élastique de la tumeur avec une rougeur un peu violette des téguments. Les douleurs persistèrent avec la même violence. J'annonçai alors à la malade la nécessité de faire une incision. J'appelai en consultation M. Richet qui émit un avis semblable au mien et voulut bien se charger de l'opération. Elle fut prati-

quée le lendemain. Le pus était infiltré et ne sortit que par gouttelettes mêlées au sang qui s'écoulait des tissus incisés. Dès le lendemain, la suppuration avait pris franchement son cours, et les parties enflammées commençaient à se dégorger. Le soulagement avait été presque immédiat. La malade dormit pour la première fois, depuis le début des accidents, pendant la nuit qui suivit l'opération. Au bout de quelques jours, elle voulut se lever. Une fusée se forma le long du sterno-mastoïdien et exigea une contre-ouverture : il en fallut faire une seconde dix ou douze jours après. A part cette petite complication, la malade marcha vers la guérison qui ne fut complète qu'au bout de six semaines.

Pendant le cours de cette affection madame X... commença à tousser, et quelque mois plus tard, après une pneumonie du sommet gauche, des craquements très-persistants dans cette région, avec des sueurs, de la fièvre, de l'amaigrissement, vinrent témoigner de l'existence d'une affection tuberculeuse qui était en incubation quand la parotidite éclata. Après un an de traitement cette affection fut complètement enrayée, ne laissant d'autres traces de son existence, après l'apaisement des troubles fonctionnels, que des craquements secs, qu'on retrouve encore aujourd'hui dans les grandes inspirations.

Si nous avons cité cette observation, c'est qu'elle nous paraît rentrer dans le cadre de ce travail et que l'interprétation qui lui a été donnée par M. Gueneau de Mussy, nous paraît discutable. La malade dont nous venons de relater l'histoire n'avait jamais pré-

senté avant sa parotidite de signe de tuberculose, ou du moins M. Gueneau de Mussy ne le dit pas. Il nous est donc permis de supposer que l'affection tuberculeuse dont il est parlé à la fin de l'observation peut avoir son point de départ dans la pneumonie du sommet gauche, survenue quelques mois plus tard.

Observation V.

(Rapportée par M. Gueneau de Mvssy, dans ses études cliniques sur le phlegmon parotidien).

M. M... trente-six ans, dyspeptique, hypochondiaque, après avoir été exposé à l'action du froid au printemps de 1837, sentit une douleur dans la parotide gauche. Il était à la campagne; après huit jours d'atroces douleurs ils revint à Paris. Je constatai un énorme phlegmon parotidien faisant saillie vers l'oreille et le pharynx. La pression sur la tumeur faisait suinter une gouttelette de pus par l'orifice du canal de Sténon. Il n'y avait pas de temps à perdre. Dès le lendemain, le Dr Richet, prévenu immédiatement, se trouvait chez le malade et le débridement fut pratiqué. Les acini superficiels écartés avec le bec de la sonde pour favoriser l'écoulement du pus, qui coulait lentement au dehors, le malade fut soulagé presque immédiatement. Au bout de quelques jours, le pus malgré l'incision se fit jour dans le conduit auditif. Cette ouverture spontanée du foyer dans l'oreille est en général insuffisante pour amener la guérison, quand elle existe seule, et ne laisse écouler en quelque sorte que le trop plein de la collection purulente : mais elle ne semble pas consti-

tuer une complication fâcheuse quand une large incision laisse couler librement le pus à mesure qu'il se forme dans la partie déclive du foyer. Le malade ne voulut pas se soumettre à la position horizontale. Au bout de quelques jours il se leva, et bientôt, à mesure que l'ouverture extérieure se rétrécissait, des fusées s'établirent le long du sterno-mastoïdien jusqu'à la clavicule où heureusement elles s'arrêtèrent : d'autres en avant le long du bord inférieur de la mâchoire jusqu'au menton, d'autres en arrière dans la région mastoïdienne; quarante contre-ouvertures furent nécessaires. Plusieurs fois la peau s'ouvrit spontanément pour donner issue au pus amassé au-dessous d'elle. Enfin, après trois mois de traitement le malade fut guéri. Nous le soumîmes à un régime tonique puis à une cure sulfuro-thermale dans les Pyrénées. Sa santé se rétablit meilleure qu'avant cet incident, etc., etc.

Observation VI.

(Empruntée au Traité de la suppuration de Chassaignac, t. II, p. 196. — Phlegmon de la parotide droite.)

L. (Louis), 23 ans, afficheur, est entré à l'hôpital Lariboisière le 4 mars 1855. Il y a six jours ce malade a éprouvé du frisson et de la fièvre bientôt suivis de maux d'oreilles et d'écoulement par le conduit auditif. Trois jours après la région parotidienne s'est tuméfiée et la bouche n'a pu s'ouvrir qu'avec une grande difficulté. Aujourd'hui nous constatons l'existence d'un gonflement adémateux de la région parotidienne droite qui cède à la pression du doigt et conserve l'empreinte

pendant quelque temps. Le tissu cellulaire de cette région et les ganglions lymphatiques paraissent être le siége de l'infiltration. Du reste la tumeur est rouge et douloureuse, elle gêne considérablement les mouvements de la mâchoire inférieure. La mastication et la déglutition sont presque impossibles, il y a écoulement de pus par l'oreille droite en même temps qu'une légère surdité. Les gencives du côté malade sont douloureuses.

Il y a 5 ans, le malade aurait eu des accidents de même nature, ils ont débuté de la même manière, se sont terminés par suppuration et ont guéri au bout de 5 semaines.

5 mars. — Fluctuation évidente. On établit dans le sens vertical une anse élastique, par laquelle s'écoule un pus très-épais. Larges cataplasmes. Eau de Sedlitz.

Le 6. Suppuration abondante. Soulagement marqué.

Le 7. On établit de nouveau un tube à drainage, douches, cataplasmes.

Le 14. La suppuration a diminué. L'engorgement se dissipe.

Le 15. Va très-bien. Suppuration presque nulle.

Le 7. Le malade sort en voie de guérison.

Observation VII.

(Empruntée à Chassaignac. Traité de la suppuration.)

Sch... (Amélie), 18 ans, domestique entre le 13 mars 1854 à l'hôpital Lariboisière.

Cette jeune fille porte à l'index de la main droite un panaris dont le début remonte à trois semaines.

Elle est traitée pour son panaris, quand, le 23, on remarque à la région parotidienne du côté droit une tuméfaction de la région parotidienne. La malade accuse de fortes douleurs derrière la branche ascendante du maxillaire inférieur.

Le 24. Application de 20 sangsues sur la partie malade.

Le 26. On pratique deux incisions profondes qui laissent écouler un peu de pus. Salivation considérable. Lavement purgatif. Pansement par occlusion.

Le 29. La région parotidienne est moins gonflée, la malade peut ouvrir l'œil et la bouche.

Le 31. Petit foyer purulent au-dessous de l'oreille. Incision. Faible quantité de pus.

3 avril. — Encore un peu de suppuration à la région parotidienne

Le 25. Guérison complète.

Le 27. Exéat.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie normales. — Appareil de la digestion.

Physiologie. — De l'effort.

Physique. — Induction par les courants. — Appareils employés en médecine.

Chimie. — Préparation et propriétés des sulfures de potassium, de fer, d'antimoine, de mercure.

Histoire naturelle. — Des inflorescences. — Comment les divise-t-on? — Quelle est leur valeur pour la détermination des genres et des espèces?

Pathologie externe. — Des abcès du cou et de leur traitement.

Pathologie interne. — De l'hypertrophie du cœur. — Du rôle des nerfs vaso-moteurs dans les maladies.

Anatomie et histologie pathologiques. — De la phlébite.

Thérapeutique. — De la médication altérante et de ses principaux agents.

Hygiène. — De l'encombrement.

Médecine légale. — Rigidité cadavérique. — Phénomènes de la putréfaction modifiés suivant les milieux, le genre de mort, l'âge et les diverses circonstances.

Accouchements. — De l'accouchement par le pelvis.

Vu : Le président de la Thèse,
T. TRÉLAT.

Vu et permis d'emprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
A. MOURIER.